DE CORDIS DISLOCATIONE PULMONIS DEXTRI EMPYEMATE EFFECTA.

DISSERTATIO

INAUGURALIS MEDICA

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS

IN

ALMA LITTERARUM UNIVERSITATE

FRIDERICA GUILELMA

UT SUMMI

IN MEDICINA ET CHIRURGIA HONORES

RITE SIBI CONCEDANTUR

DIE XVII. M. JULII A. MDCCCL.

H. L. Q. S.

PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

Hermannus Emanuel Hederich

LUSATUS.

ADVERSARIIS:

R. HUELSMANN, med. et chir. Dr., et med. pract.

A. ERNST, med. et chir. Dr., et med. pract.

A. MORSBACH, med. et chir. Dr., et med. pract.

BEROLINI,

TYPIS B. SCHLESINGER.

FRATRI

DILECTISSIMO

GUSTAVO HEDERICH,

DOCTORI MEDICINAE ET CHIRURGIAE, MEDICO PRACTICO

NEC NON

AMICISSIMIS

R. HUELSMANN, A. ERNST,

T. F. MORSBACH D. D. D.

TESTIMONIUM ET STUDIORUM ET TEMPORUM COMMUNIUM

HOC QUALECUNQUE OPUSCULUM

OFFERT

A U C T O R.

PROOEMIUM.

Artis medicae quum omnes fere disciplinae, imprimis aetiologia, symptomatologia, diagnostice, inventionibus et uberrime amplificatae et emendatae felicissime hac aetate effloruerint, difficillimum videtur eligere, quod aptum inauguralis sit dissertationis argumentum. Huc accedit, quod talibus in commentariolis, ut obtemperetur mori academico, per saecula recepto, coerceri oportet intra paucarum terminos pagellarum disputationem saepe amplam atque uberem, quare verendum sane est, ne viris, apud quos incorruptum harum rerum est judicium, displiceat. Proinde nos, si quid per ea, quae dixi, obstacula prohibiti peccavimus, veniam, obtestamur, nobis ne derogetis.

Atque in eligenda quidem materia animum attendi quum ad processus pathologicos omnes, quibus explorandis hac aetate opera navata est, tum ad eos, quos cognoscere atque dijudicare duce Ill. Romberg, summi ingenii viro, mihi licuit. Cujus viri humanitatem atque liberalitatem quum aliis in rebus insignem

tum in hoc instituto egregiam non possum quin oblata hac opportunitate palam laudem. Contigit enim mihi, ut illius institutionibus interessem clinicis, in quibus illud certe excelluit, quod medicarum disciplinarum, quae nunc est, conditio non solum servaretur, verum etiam unumquodque novum et probatum usu respiceretur conjungereturque iis, quae superior invenit aetas, summo cum ingenii acumine. Atque in tanto morborum numero, qui curandi in clinico illo occurrunt, animum adverti inprimis ad cordis morbos. Cujus organi pathologiam majore cum diligentia et studio explicare nostrae demum aetatis est, et quamquam in eo, qui nunc est, medicae artis, statu diagnostice certa cordis quarundam affectionum addubitari potest, tamen ea quae usu stabilita sunt, ad explicandas quaestiones obscuriores sane conferunt. Qua quidem in re, qui diagnosticen physicam cum pathologia conjunxerunt, dici vix potest, quantum profecerint. At, dixerit aliquis, quid tibi cordis morborum diagnostice inscio et dubitanti de remedio. Sane quidem therapiam ceterae disciplinae antecesserunt, ut fere audias incertitudinem his in rebus fore perpetuam, quoniam effectus chemici materiae medicae in vivis corporibus nunquam cognosci possint. Nos non movent illa, bene memores, quid profecerit hac aetate ars chemica. Atque edito hoc opusculo, in quo praeter universa quaedam de cordis morbis scripta casus de dislocatione adumbratur accurate, quum obsecutus legibus academicis doctoratus medici jura et privilegia capessere studeam, idem ego

his studiorum primitiis literarum amoris tesseram exhibere volui.

Quam facile fieri queat, ut cor aliquo modo dislocetur, intelligimus, quum nexum anatomicum ejus cum partibus, quae id circumdant et situm normalem stabiliunt, contemplemur. Et pericardium, quod, tela cellulosa firmiter cum diaphragmate et cum mediastino conjunctum cor instar sacci ab omni parte includit, et pulmones, qui undique aequaliter cor premunt, hoc in loco suo retinent. Quare quum infirmiori conditione fruatur, diversae causae exstant, quibus loco debito moveri possit. Et quidem dislocatio efficitur:

1) Vitio congenito. In hoc casu cor jam in foetu dextrum latus tenet. Hanc dislocationem non morbo aliquo partium ambientium inductam esse, facile dignoscere possumus, quia semper, ubi dislocatio congenita erat, simul abdominis viscera in latere perverso inveniebantur. Haller de casu refert, quo apex cordis in dextra thoracis parte, basis in sinistra observabatur; simul omnia vasa et viscera abdominis a latere dextro ad sinistrum erant collocata (de corp. hum. fabrica Th. II, L. IV §. 4. pag. 89). Similia de plane permutato situ scripta leguntur apud Sandifort in observat. anat. pathol. L. I. C. II. pg. 39. Meckel (tertius) similem casum describit in museo paterno asservatum. (Dissert. de cond. cordis abnorm. §. 4.)

Dislocationes impetibus traumaticis effici, omnibus notum est. Exempla afferunt Stokes et Kreyssig in libris de cordis morbis.

2) Dislocationem autem morbi quoque evocare possunt et quidem.

Tumores, qui sub diaphragmate jacentes cor ad partem superiorem adigunt, et ut perversum situm retineat, cogunt; deinde tumores cavi mediastini antici, qui cor ad partem dimovent inferiorem; tumores etiam aut in dextra aut in sinistra thoracis parte positi, qui cor in adversam partem premunt.

Morbi cordis ipsius vasorumque majorum, e. gr. hypertrophia et dilatatio, aut alterutrius aut utriusque ventriculi, aneurysma arcus aortae, vel aortae adscendentis, qui omnes cor in diversas regiones dislocare possunt.

Diversi morbi pulmonum et sacci pleurae, e. gr. in pneumothorace lateris sinistri cor interdum penitus dextrorsum a margine sterni observatur, similia eveniunt in hydrothorace, vel hydropneumothorace; nec minus emphysema pulmonis alterutrius cor ad contrariam thoracis partem depellere potest; quin adeo, si uterque pulmo emphysemate laborat, in regionem epigastricam deprimitur. Secundum Stokes cor etiam in phthisi tuberculosa sedem mutare potest, in superiorem partem thoracis adscendens, si atrophia lobi superioris pulmonis locum habet. Frequentissime autem cordis dislocationem invenimus, si majus exsudatum (empyema) pleuritide exortum est et quidem accuratissimae observa-

tiones exstant de conditione cordis permutata, quae exsudato in latere thoracis sinistro efficitur. Hope refert de casu memorabili, quo cor per exsudatum intra saccum pleurae sinistrum penitus ad marginem dextrum sterni adactum erat. Impulsus aortae intra secundam et tertiam costam dextram pollicem integrum a sterno sentiri potuit tactu. Eodem loco strepitus percipiebatur congruens cum priori sono cordis, haud dubie ortus ex pressione aortae per costas. Posteriore tempore, quum liquor resorptione evanuisset atque ad normalem rediisset situm cor, strepitus non amplius audiri potuit. Stokes in celeberrimo libro de pectoris morbis hanc dislocationem descripsit accuratius, cujus verba quae hic referre liceat — haec sunt:

Höchst interessant ist es, die Dislokation des Herzens bei Ergüssen in der linken Pleura zu verfolgen. Wir bemerken zuerst, dass die Spitze des Herzens sich etwa in der Mitte zwischen ihrer natürlichen Lage und dem schwertförmigen Knorpel befindet. Wenn die Ausdehnung zunimmt, so ist das Herz unter dem Brustbein verborgen, so dass seine Impulse eine Zeit lang beträchtlich vermindert und von ihrer gewöhnlichen Stelle ganz verschwunden sind. Bald aber kommt das Herz an der rechten Seite des Brustbeins wieder zum Vorschein und pulsirt alsdann zwischen der 5ten und 7ten Rippe. Die Pulsationen sind oft sichtbar und der Patient weiss, dass das Herz dislocirt ist. Wenn man die Hand unter die linke Mamma legt, so kann gar kein Impuls gefühlt

werden, doch sind hier die Herztöne schwach hörbar, werden aber sogleich stärker, wenn wir das Stethoskop nach oben und durch die Mitte der Brust hindurchführen, bis wir zu dem eigentlichen Sitz des Herzens gelangen, wo sie ihre grösste Stärke erreichen.

Durch eine Erfahrung von mehr als 20 Fällen bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass auch die grösste Dislokation des Herzens keinen Einfluss auf die Herztöne hat, und es ist in der That auffallend, wie wenig die Thätigkeit des Herzens in vielen dieser Fälle erhöht wird. Zweimal hatte ich Gelegenheit zu beobachten, dass in den letzten Stadien des Empyems trockene Perikarditis hinzutrat; die Reibungszeichen waren deutlich vorhanden, doch war die Thätigkeit des Herzens kaum erhöht.

Die Dislokation des Herzens nach der rechten Seite hat in keinem Falle eine vollkommene Obliteration der linken Lunge zur Folge, da gerade im Gegentheil im oberen Lappen deutliches Athmungsgeräusch gehört wird, während das Herz auf der rechten Seite des Brustbeines pulsirt. In manchen Fällen habe ich auch eine weitverbreitete Bronchialrespiration hören können.

Ich glaube, dass Laennec und die meisten späteren Schriftsteller der Auskultation dieses Zeichen zu wenig beachtet haben; und doch gehört es, wegen seiner Häufigkeit und weil es so leicht erkannt werden

kann, zu den wichtigsten Zeichen ekzentrischer Dislokation (1).

Ich habe beobachtet, dass während der Genesung und längere Zeit, ehe die hinteren und seitlichen Theile wieder einen hellen Perkussionston erlangen, das Herz sehr bald zu seiner natürlichen Stelle zurückkehrte.

Townsend gebührt das Verdienst, zuerst beobachtet zu haben, dass bei kopiösen Ergüssen der rechten Pleura das Herz gegen die linke Achsel zurückgedrängt wird. In einem Falle von Pleuro-Pneumo-Thorax der rechten Seite sah und fühlte er das Herz zwischen der vierten und fünften Rippe in der Nähe der linken Achsel pulsiren, von wo es allmählig, nachdem der Druck durch Ablassung des Fluidums von der andern Seite entfernt war, allmählig an seine natürliche Stelle zurückkehrte (2).

De cordis dislocatione pulmonis dextri empyemate effecta.

Haud minus simplex, quam in pleuritide exsudativa processus lateris exsistit sinistri, dextri quoque est, mirandumque videtur, processum nondum vulgo

---

(1) Laennec führt dieses Zeichen unter denen der Pleuritis nicht an, sondern spricht nur bei der Erweiterung des Herzens davon. Andral hat es nur einmal beobachtet. Degegen legt Townsend einen grossen Werth auf dasselbe. (Cyclopaedia of Practical Medecine. Art. Empyem und Dislocation of the Heurt.)

(2) Cycl. of Pract. Med. Art. Displacement of the Heart.

innotuisse. Dextri enim lateris exsudatione inflammatoria cor etiam e loco normali primum convertitur in illud, quod exsudato contrarium est, (i. e. sinistrum) latus, non tantopere tamen, quantopere sinistrae thoracis partis exsudato solet fieri. Exsudatione enim dexter pulmo comprimitur et compressione functiones ejus, ne dicam ex toto, certe magna ex parte turbantur. Parenchyma pulmonum coit atque collabitur neque pervium est respirationi. Quodsi exsudatum resorbetur, imminuitur saccus pleurae, quo continetur exsudatum, in minorem ambitum, pulmo adhuc compressus non recipit facultatem sese expandendi, retinet ambitum diminutum et quidquid spatii conceditur, id corde immisso amplificatoque pulmone sinistro expletur. Ita res procedit eo, ut cor magis magisque ad alterum latus compellatur, quod simul pulmonem ejusdem lateris recepit. Dexter pulmo, alioquin sanus, sensim functiones retractare potest, itaque efficere statum, ut nunquam cor, quem antea tenuit, locum recipiat. Quem quidem processum ad naturae leges accommodatum exposuit Stokes, describens morbum, quem ad discendum opportunissimum liceat mihi verbotenus apponere (1).

Ein Mann von 40 Jahren, der bereits seit 5 Tagen an Pleuro-Pneumonie der rechten Lunge litt, wurde im Hospitale aufgenommen. Am siebenten Tage waren die Zeichen die einer kopiösen Effusion

---

(1) Vide Stokes Krankheiten der Brust.

in der Pleura. Der Kranke klagte vorzüglich über Schulterschmerz; eine starke Anschwellung befand sich an der rechten Sterno-Klavikular-Articulation. Das Schlüsselbein war nach vorn dislozirt und sein Sternalende konnte auf mehrere Tage nach oben und unten bewegt werden. Am achten und neunten Tage stellte sich ein deutliches Knistern am hinteren oberen Theile der rechten Seite ein. Der Kranke wurde mit Merkur behandelt; das Fieber hatte nachgelassen und am dreizehnten Tage wurden folgende Beobachtungen gemacht:

Die linke Seite hatte überall einen hellen Perkussionston, auch auf der Mammargegend, wo keine Pulsation gefühlt werden konnte. Die rechte Mammar-, seitliche und hintere untere Gegend der rechten Seite hatte einen vollkommen matten Perkussionston und die Respiration war auch mangelnd. Die oberen Gegenden hatten einen ziemlich hellen Perkussionston und es war ein, mit einem Rasseln in der Subklavikular-, Achsel- und Supraskapulargegend verbundenes schwaches Athmungsgeräusch hier vorhanden. Die Herztöne konnten in der Mammargegend deutlich gehört werden. Am achzehnten Tage konnte die Pulsation des Herzens auf der rechten Seite des Brustbeins im vierten und fünften Interkostalraume gesehen und gefühlt werden. Hier war der Ton vollkommen matt und weder Rasselgeräusch noch Athmungsgeräusch hörbar. Die linke Mammargegend hatte einen vollkommen hellen Perkussionston und die Herzimpulse liessen sich

hier fast gar nicht wahrnehmen. Im Laufe der nächsten Woche war die Respiration in den oberen, mittleren und seitlichen Gegenden der rechten Seite wieder hergestellt, und obgleich die Thätigkeit des Herzens minder erregt war, so blieb doch die Lage desselben offenbar unverändert; auch war bis zum Tode weder das Blasebalg- noch ein sonstiges Aftergeräusch hörbar. Die rechte Seite erlangte den sonoren Ton wieder, mit Ausnahme der Mammargegend, welche in einem, der Grösse des Herzens genau entsprechenden Raume einen vollkommen matten Perkussionston behielt.

Der Patient wurde von einem Merkurialekzem ergriffen, worauf er in einen kachektischen Zustand mit häufiger Diarrhoe verfiel. Bei einer sorgfältigen tonischen Behandlung schien er sich endlich zu bessern, als auch der Kopf plötzlich ergriffen wurde und nach zwei Tagen der Tod unter allen Symptomen einer heftigen Arachnitis eintrat. Von dem ersten Eintritt der Krankheit bis zum Tode waren etwa 8 Wochen verflossen.

Da ich diesen Kranken in der ersten Zeit seiner Krankheit nicht sah, so musste es mir schwer werden, die Dislocation des Herzens zu erklären. Dass hier keine krankhaften Ansammlungen in der rechten Lunge oder Pleura stattfanden, ergaben die physikalischen Zeichen. Weder Emphysem, noch Geschwulst, noch Pneumo-Thorax, noch auch eine flüssige Ergiessung waren vorhanden. Es entstand natürlich die

Frage, ob nicht eine angeborene Dislokation des Herzens, die dem Kranken selbst unbekannt war und nur unter dem Einflusse einer Krankheit deutlich wurde, stattfand. Diese Frage wurde durch Beachtung eines, in solchen Fällen früher nicht angewendeten Grundsatzes erledigt. In allen bisher mitgetheilten Fällen einer angebornen Dislokation des Herzens war auch immer ein allgemeiner Situs viscerum perversus vorhanden; der Magen befand sich im rechten und die Leber im linken Hypochondrium. In dem vorliegenden Falle fehlte jedoch diese Erscheinung.

Hiernach konnten wir denn nur schliessen, dass, da der Erguss so rasch beseitigt wurde (es blieb keine Zeit zu einer Kontraction der Brust, während die Lunge wahrscheinlich in Folge einer Entzündung oder Kompression durch Adhäsionen die Brusthöhle nicht ausfüllen konnte), auch das Herz quer durch die Mittellinie gedrängt und die linke Lunge so sehr vergrössert wurde, dass sie den leeren Zwischenraum mit ausfüllen half. Diese neue Diagnose bewährte sich als richtig. Bei der Sektion fand man die rechte Lunge permeabel, doch war sie bis auf ein Drittel ihres natürlichen Umfanges reducirt. Die Pleurahöhle war obliterirt und eine grosse Menge geronnener Lymphe befand sich in den unteren und hinteren Theilen derselben Seite. In dieser Ergiessung zeigte sich eine eitrige Ansammlung von etwa einer Unze; offenbar der letzte Ueberrest des Empyem. Das Herz lag rechts vom Sternum in einer queren Richtung und

seine Basis entsprach der vierten und fünften Rippe; es war vollkommen gesund. Die linke Lunge war bedeutend vergrössert und ging weit über die Mittellinie hinaus, doch konnte keine Veränderung in der Struktur derselben entdeckt werden.

Während nun das Empyem der linken Seite das Herz nach der rechten Seite der Mittellinie hin drängt, leitet die Absorption eines Empyems der rechten Seite das Herz in derselben Richtung. Dies findet um so eher statt, je rascher die Absorption vor sich geht, und die Seite sich nicht kontrahiren kann. Dies findet namentlich in denjenigen Fällen statt, in welchen Kombinationen in chronischen oder akuten Lungenkrankkeiten mit einer Pleuritis vorhanden sind (1).

Jam vero in eodem numero videntur habendi duo illi morbi, quos Hope (A Treatise on the diseases of the heart) breviter attigit, omissa accuratiore descriptione.

---

(1) Ueber Fälle von angeborner Transposition der Eingeweide vgl. Schenckius Med. rar. 1600. — Riolanus Rarae obs. anat. Paris, 1649. — Porquet, Obs. novae anat. Paris, 1654. — Stoll de Medicina. — Winslow, Mem. de l'Academie, Paris, 1793. Néguart und Piorry Journal general de Médecine, 1820. — Béclard Bulletin de la Faculté de Médecine de Paris, 1816. — Dubled Archives générales, Tom. VI. 1824. — Billard Maladies des Enfans nouveau-nés. — Bérand Dictionnaire de Médecine, Tom. VIII. — Bouillaud Traité des Maladies du coeur. — Houston Catálogue descriptive of the Museum of the Royal College of Surgeons in Ireland.

„J have at present two cases of still greater displacement of the heart to the right, in consequence of universal consolidation and contraction of the right lung, and hypertrophy of the left. The ascending aorta beats between the second and third right ribs, two and a half inches from the sternum in one case, (a man aet. 40), and one and a half to two in the other. There is a murmur with the second sound, from aortic regurgitation, in the former case. It remains to be sun wheter regurgitation proceeds from a twist in the aorta, disabling the valves, or from disease of the valves them selves. The pulsation of the aorta so far on the right, might be, and actually was, mistaken by non — auscultators for an aneurysm.

Illustr. Romberg morbi casum narravit nuperrime, qui pleuritide exsudativa dextri lateris hunc produxerat eventum. Qui ita laborabat aegrotus, nunc valida prorsus sanitate utitur, si ab eo discedas, quod cor in dextra corporis parte sedem habet, molestias non afferens. Cujus morbi historiae liceat mihi adjungere casum, quem ipse in instituto policlinico Berolinensi per hanc aestatem observavi, Stokesiano prorsus similem atque convenientem.

R. L. duodetriginta annos natus, usque ad vitae annum vicesimum secundum bona semper valetudine usus fuit. Illo, quem modo memoravi, anno refrigerato corpore nervosa, ut referebat, febri affectus laborabat doloribus dextri lateris lancinantibus cum molesta

siccaque tussi. Sanitatem nacto saepe redierunt dolores, donec post semestre, ut ex ejus relatione conjicere licuit, in pleuritidem lateris dextri incideret, ex qua intra trium hedbomadum spatium ita convaluit, ut lectulo posset exsurgere. Gravitas vero molesta in dextra thoracis parte, tussis, vomitusque exstiterunt ad annum usque hujus saeculi XLIII, quo vomitus desiit. Melius quidem nunc sese habet attamen dextro in latere pectoris levis persentit motus, antea nunquam sibi observatos. Qui quidem motus eo usque aucti et amplificati sunt, ut pulsationes oculis cernere possis. Quum hac de re ad medicum relatum et exploratio instituta esset, quod morbi genus adsit, mira docuit observatio, cor situm reliquisse naturalem et cepisse locum in latere dextro. Aegrotus quum tussi perpetua vexaretur statumque haud meliorem fieri animadverteret, apud animum suum constituit, ab instituto policlinico opem petere, ubi facta exploratione hic rei status apparuit.
Primo obtuitu occurrit in thorace anteriore undulatoria quaedam motio dextri lateris, in regione praecordiali deficiente impetu. Qui motus est maximus in secundo et tertio spatio intercostali, in primo et quarto sane exiguus. In secundo spatio intercostali observamus 2“ a dextro sterni fine impulsum isochronicum cum pulsu carotidis. Juxta dextrum marginem sterni est percussio diastolica, altiore quaque respiratione evanescens. In tertio spatio intercostali paullo inferius et interius ex impulsu systolico secundi spatii intercostalis non minus cum illo synchronicum impulsum, aliquanto debi-

liorem deprehendimus. Clavicula dextra aliquanto inferius quam sinistra est sita, tum in regione subclaviculari dextra prope sternum animadvertitur inflexio, quam in latere sinistro etiam sed multo minorem, videmus. Spatia intercostalia dextra inter septimam et duodecimam costam omnino explanata sunt, pariter atque haec aliquantulum depressa. Omnio thoracis latus sinistrum magis clevatum quam dextrum. Pars superior columnae vertebrarum usque ad tertiam vertebram dorsalem convexitate ad latus sinistrum, pars dorsalis ab tertia usque ad septimam vertebram ad dextrum latus convexitate spectat; a septima vertebra dorsali usque ad partes infimas directionem normalem perpendicularem praebet vertebrarum columna. Scapula dextra pollice uno et quadrante humilior quam sinistra inter respirationem non movetur. Instituta palpatione in spatio intercostali secundo dextro et quidem eo loco, quo impulsum diastolicum observamus, ictum diastolicum brevem chordae vibratae haud dissimilem sentimus. Utroque loco, quo in secundo et tertio spatio intercostali impulsum systolicum animadvertimus, satis validus ictus systolicus exstat. Vocis vibratio in sinistro thoracis latere est debilis, in dextro omnino deficit. Mensuratione instituta haecce invenimus: Sinistrum thoracis latus a medio sterno, ubi cartilaginis tertiae costae est insertio, usque ad processum spinalem septimae vertebrae dorsalis extensionem $15^{1}/_{2}$'', dextrum latus eodem loco $14^{1}/_{4}$'' praebet, ita ut hujus lateris ambitus $1^{1}/_{4}$'' diminutus sit. Si a medio processu xiphoideo usque ad processum

spinosum vertebrae dorsalis decimae adhibemus mensurationem, latus sinistrum extensionem $14\frac{1}{2}''$ latus autem dextrum $14''$ praebet, ita ut hoc loco nonnisi differentia $\frac{1}{2}''$ sit. Latus dextrum, si illa, quae complures autores illustres, ut Stokes et alii, observarunt, sequi licet, semper circuitum $\frac{1}{2}''$ majorem quam latus sinistrum praebet, cujus rei si rationem habemus, differentia anomala in casu nostro observato adhuc $\frac{1}{2}''$ augetur. Quae signa percussione reddantur, jam subjiciam: Latus sinistrum anterius thoracis sonorum aeque ac sternum, dextrum autem jam in regione subclaviculari sonum inanem, in interstitio intercostali primo ad marginem sterni sonorum praebet et inanem. Quo magis a margine sterni dextro ad partem exteriorem procedimus, eo obtusior percussione efficitur sonus. Eadem in secundo, tertio, quarto spatio intercostali observantur. Quantopere volumen cordis dextrorsum procedat, accuratius discernere non licet. In thoracis parte dextra infima sonus percussionis omnino obtusus atque inanis est. In parte posteriore sonus editur sinistra sonorus, dextra autem obtusus et vacuus, quo propius ad partem inferiorem accedimus, eo obtusior auditur.

Auscultatione cordis instituta, nulli strepitus abnormes exhibentur; uterque sonus est purus, primus vel systolicus facillime supra mamillam et inter eam et sternum, secundus s. diastolicus, optime in regione costae secundae paullulum a sterni margine dextro auditur; in utriusque pulmonis partibus superioribus respiratio bronchialis fortissima percipitur, eodem loco bronchophonia

admodum perspicua, quod ad partes inferiores, nullam invenimus respirationem in dextra, adauctam in sinistra. Exploratio cavi abdominalis, organa ejus nullo modo dislocata esse, probat. Ex illis, quae supra attuli, argumentis perspicuum est, morbum, quem ille aegrotus febrem nominavit nervosam, jam fuisse pleuritidem, latentem quidem et obscuram, sed post sex mensium terminum redeuntem atque ansam empyemati praebentem. Quum status hicce morbosus longius perduraret, etiam infiltratio accedebat tuberculosa curatioque frustra adhibebatur. Jam vero, quod docent argumenta physica, empyema partim evanuit, partim in inferiore sacci pleurae parte tantum extat, et quod exstat, aegroto haud detrimento est, quum eo deleto tuberculosis increscens mox vitae finem faceret. Quo autem modo dislocatio cordis facta sit, ex iis, quae supra attuli, elucet.

LITERATURA.

W. Stokes, die Brustkrankheiten, deren richtige Würdigung und Behandlung. Herausgeg. v. Dr. Fr. J. Behrend, Leipzig, 1844.

J. Hope. A treatise on the diseases of heart and great ressels. London, 1849.

Dr. F. L. Kreysig. Die Krankheiten des Herzens. Berlin, 1814.

M. A. N. Gendrin. Leçons sur les maladies du coeur. Paris 1841—1842.

Townsend lyclopaedia of Practical Medecine. Art. Empyem und Dislocation of the Heart.

Abernethy's, J., chirurg. u. physiolog. Vers. Lpzg. 1795—1801.

Albertini, Hann., de affectionibus cordis. Ven. 1618.

Corvisart, J. N., s. les maladies et les lesions organiques du coeur et des gros vaisseaux, p. Horeau. Par. 1806.

Lancisi, J. M., de motu cordis et aneurysmatibus. Rom. 1728.

Meckel, J. F., de cordis conditionibus abnormibus. Hal. 1801.

Morgagni, J. B., de sedibus et causis morborum. Ven. 1762.

VITA.

Natus ego sum Hermannus Hederich, confessioni evangelicae addictus, die vicesimo sexto mensis Martii anno hujus saeculi vicesimo nono Muskaviae, Lusatiae oppidulo, patre Sigismundo, quem jam diu morte mihi ereptum lugeo, matre Friderica e gente Junghaehnel, quam integram ut Deus optimus maximus quam diutissime mihi servet, oro atque rogo. Primis literarum elementis imbutus, per sex annos gymnasium Hirschbergense, rectore t. t. Linge florens, frequentavi, unde Lubanam me contuli ad gymnasium t. t. rectore Schwarz florens. Nactus ibi maturita-

tis testimonium auctumno anni h. s. XLVI Vratislaviam me contuli, ubi a Rectore magnifico t. t. Ill. Goeppert inter cives academicos receptus, et a Decano gratiosi medicorum ordinis t. t. Ill. Henschel in album medicinae studiosorum inscriptus, per annum et dimidium studiis medicis operam navavi. Vere anni h. s. XLVIII almam literarum universitatem Berolini florentem Fridericam Guilelmam adii et a Rectore magnifico Ill. Mueller civibus academicis adscriptus a facultatis medicae Decano maxime spectabili Ill. Juengken in facultatis album relatus sum.

Utraque in universitate hisce interfui lectionibus:

Ill. Klose de encyclopaedia;

Beat. Pohl de physice;

Ill. Nees ab Esenbeck de botanice;

Ill. Glocker de mineralogia;

Ill. Fischer de chemia universa;

Ill. Duflos de chemia pharmaceutica, organica;

Ill. Gravenhorst de zoologia;

Ill. Thilo de logice;

Ill. Barkow de anatomia generali et speciali de arte cadavera rite secandi;

Ill. Purkinje de physiologia, de morphologia;

Cel. Grosser de angiologia;

Ill. Henschel de pathologia et therapia;

Exp. Schoeller de gynaecologia generali, de arte obstetricia;

Ill. Mueller de anatomia comparata, de generationis physiologia;

Beat. Hecker de psychologia;

Exp. Simon de pathologia et therapia generali;

Cel. Boehm de ophthalmiatrice;

Ill. Romberg de pathologia et therapia speciali;

Ill. Juengken de chirurgia generali et speciali;

Exp. Henoch de infantum morbis;

Exp. Reinhardt de anatomia pathologica.

In clinicis medicis, chirurgicis, ophthalmiatricis, obstetriciis nec non syphiliticis Ill. Wollf, Romberg, Juengken, Langenbeck, Busch, Simon, duces mihi fuerunt benevolentissimi atque praestantissimi.

Quibus viris omnibus egregie de me meritis gratias quam maximas ago semperque agam.

Jam vero tentaminibus et philosophico et medico, nec non examine rigoroso rite absolutis, spero fore, ut hac dissertatione thesibusque publice defensis, summi in medicina et chirurgia honores rite in me conferantur.

THESES.

1. Auscultatio et Percussio in infantum morbis rite institutae maximi sunt momenti.
2. Acidum arsenicosum et teterrimum venenum et divinum remedium.
3. Cholera asiatica non est morbus contagiosus.
4. Nulla certa curatio morborum syphiliticorum existit.
5. Tuberculosis et bronchiectasia saepissime discerni non possunt.